Rok XXXI. Kraków, 4 Czerwca 1892. Nr. 23.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Nowy materyjał do zastąpienia płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym płytkowym Senna.

Podał
Dr. Roman Barącz we Lwowie.

Podczas moich doświadczeń ze szwem jelitowym płytkowym Senna w roku zeszłym [1]) przyszło mi na myśl, czyby płytek z kości odwapnionéj nie można zastąpić innym materyjałem, z którego płytki dałyby się szybko sporządzić, przez co lekarz praktyczny byłby w stanie zastosować ten tak łatwy i prosty szew jelitowy w odpowiednich przypadkach (np. przy gastroenterostomii). W tym celu wycinałem dla próby płytki roślinne z jabłek, ziemniaków, marchwi, rzodkwi, buraków i brukwi i badałem wytrzymałość. podatność i zawartość wody każdéj z nich. Najodpowiedniejszą do naszego celu okazała się brukiew żółta (*Brassica Napus, variet. rapifera, typ. Cruciferae,* po niem. *Kohlrübe albo Erdkohlrabi,* po ang. *Swedish Turnips,* po franc. *Chou navet,* po włosku *Cavolo navone).*

Ze świeżéj brukwi wycinałem płytki podług wzoru płytek Senna z kości odwapnionéj. Koło brzegu tychże płytek albo też koło zrobionego otworu środkowego przeprowadzałem igłą nitki i przez pociąganie pętli tychże badałem wytrzymałość płytek. Płytki z brukwi okazywały przytem największą wytrzymałość i nie nadżerały się nawet po użyciu dość znacznéj siły; płytki z innych materyjałów okazały się zbyt kruche lub zbyt soczyste.

Postanowiłem zatem zbadać doświadczalnie płytki z brukwi i w tym celu wykonałem 8 doświadczeń na psach.

Płytki te sporządzałem w następujący sposób: Ze świeżéj, zdrowéj, surowéj brukwi wycina się za pomocą ostrego większego noża (kuchennego) płyty $^1/_2$ ctm. grube, przyczem uważać należy, aby grubość tychże wszędzie była jednakową. Z jednéj płyty można wyciąć za pomocą scyzoryka 2—4 owalne płytki (zależnie od wielkości brukwi). Długość i szerokość płytek zależną będzie od anastomozy, jaką mamy wykonać (do gastroenterostomii są odpowiedniejsze większe, do enteroanastomozy zaś mniejsze płytki). W każdéj płytce wycina się scyzorykiem otwór owalny, odpowiedni światłu jelit, które mamy łączyć i 4 otworki boczne szydełkiem i w niespełna minutę płytka jest gotowa. Płytki te uzbraja się 4 ma szwami w sposób podany przez Senna.

Płytka tak sporządzona jest dostatecznie twardą i wytrzymałą tak, że szwy nie wyrywają się przy wiązaniu, jest przytem sprężystą i giętką we wszystkich kierunkach, skutkiem czego daje się wprowadzić przez stosunkowo mniejszą ranę w jelicie lub żołądku, poczem znowu się rozszerza dzięki swojéj sprężystości. Przez dłuższe leżenie w wodzie staje się płytka twardszą i grubieje tylko nieznacznie, natomiast przez leżenie na powietrzu staje się podatniejszą i kurczy się. Korzystniéj jest zatem sporządzać zawsze świeże płytki, jednak i płytki leżące przez 4 dni w 1% wodzie karbolowéj dały się także użyć z korzyścią. Brukiew daje się przechowywać przez dłuższy czas w wodzie, zresztą można jej zawsze dostać na targu.

Nasuwa się pytanie, co się dzieje z temi płytkami w przewodzie pokarmowym, czy takowe bywają strawione? O losie płytek w przewodzie pokarmowym musiały rozstrzygnąć doświadczenia na zwierzętach, gdyż do prób na drodze chemicznéj nie miałem czasu. To jednak było mi wiadomem, że brukiew stanowi częsty pokarm naszych wieśniaków, jak kolwiek celuloza, główny składnik płytek, jest mało strawna

Wyniki moich 8 doświadczeń: 5 gastroenterostomij i 3 resekcyj jelit wraz z enteroanastomozą [1]) są następujące: z 5 gastroenterostomij wyzdrowiały 4 psy, zdechł jeden z powodu wylania się treści żołądkowéj do jamy brzusznéj podczas operacyi z nieostrożności; 2 psy po resekcyi jelit z enteroanastomozą wyzdrowiały, jeden zaś zdechł z powodu

[1]) Będzie obszernie ogłoszone na innem miejscu.

[1]) Będzie ogłoszonem obszerniéj na innem miejscu.

niedrożności jelit w następstwie założenia anastomozy zbyt daleko od ramienia ślepo zaszytego. Z powyższego okazuje się, że żaden pies nie zdechł w następstwie użycia płytek przezemnie podanych. Wyniki moich doświadczeń uważać muszę stanowczo jako zupełnie korzystne.

W jednym przypadku gastroentorostomii, w którym śmierć nastąpiła wskutek wylania się treści żołądkowéj do jamy brzusznéj podczas operacyi[1]), miałem sposobność badać miejsce anastomozy i płytki w 2 dni po operacyi. Płytki napotkano w miejscu założenia przymocowane nitkami do brzegów przetoki; płytka żołądkowa była dosyć miękką, podobna do marchwi ugotowanéj, płytka w jelicie była tylko nieco twardszą.

Dwa psy zabito w 15 a względnie w 20 dni po wykonaniu gastroenterostomii i w obu przypadkach nie znaleziono płytek ani w miejscu gastroenterostomii ani też w całym przewodzie pokarmowym. Również szwów płytkowych nie znaleziono w ścianach przetok. Podobnie nie znaleziono śladu płytek we wszystkich innych przypadkach, które po upływie dłuższego czasu po operacyi 38—51 dni (po zabiciu psów) badano pośmiertnie.

W ostatniéj chwili, t. j. w dniu 7 maja b. r. wykonałem nadto przy pomocy moich płytek brukwiowych gastroenterostomiję przy łaskawéj pomocy Dra Ziembickiego, u człowieka wobec raka odźwiernika przechodzącego na tylną ścianę żołądka[2]), a przebieg jest dotychczas zupełnie pomyślny.

Płytki z brukwi stanowią zatem materyjał zupełnie przydatny do wykonania enteroanastomozy a względnie gastroenterostomii. Ponieważ takowe dają się wszędzie łatwo nabyć, można zatem wykonać enteroanastomozę a względnie gastroenterostomiję za pomocą tychże płytek z brukwi. Główną korzyścią moich płytek jest szybkość sporządzania tychże (niespełna minuta czasu).

Lwów 11 maja 1892.

II. O blednicy (*chlorosis*) i jej leczeniu.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniach 16 marca i 27 kwietnia b. r.

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

Teoryja ta, jakkolwiek ma swoje słabe strony i sama nie wytłumaczy wszystkich szmerów, najwięcéj jednak odpowiada spostrzeganym faktom. Stwierdzenie u blednicą dotkniętych dwóch szmerów skurczowych tuż nad tętnicą płucną i końcem serca, z których pierwszy silniejszy, daléj stwierdzenie szmeru tylko nad tętn. płucną, przemawia za ich pochodzeniem anemicznem, natomiast obecność szmeru tylko nad końcem serca już może być rzeczą wątpliwą, a fakt, że z dwóch szmerów na początku obserwacyi stwierdzonych szmer nad tętn. płucną ginie, a pozostaje tylko nad końcem serca, jest wskazówką, że rozwija się sprawa na śródsierdziu, że szmer jest organicznym.

Fakta wspomniane teoryją Sehrwalda łatwo wytłumaczyć sobie możemy. W pewnych razach wskazówkę rozpoznawczą może nam dać stosunek natężenia buczeń żylnych. Jak wiemy, w wadach serca lewego, choćby przebiegały wśród silnéj niedokrewności, najczęściéj buczenia żylnego niema — w blednicy prawie stale je stwierdzamy. Szczegół ten możemy wyzyskać w rozróżnieniu jakości szmeru, ale tylko z zastrzeżeniem, które Neusser[12]) podnosi. W wadach serca lewego, choćby pod formą blednicy przebiegały, nie znajdujemy buczenia żylnego, ale tylko wtedy, jeżeli prąd krwi w żyłach płynie wolno; t. j. jeżeli w nich parcie jest zwiększone; a ma to miejsce tylko natenczas, gdy prawa komora oporów w krążeniu małem już pokonać nie może. Póki sprawność jéj należyta, i przy wadach serca lewego mogą być warunki dla buczenia żylnego i stwierdzić je można. Z drugiéj strony i w blednicy mogą zajść warunki utrudniające powstanie buczenia, a ma to miejsce wtedy, gdy wskutek rozszerzenia prawéj komory i osłabienia mięśnia nastaje utrudnienie krążenia żylnego, zwolnienie prądu krwi w żyłach, t. j. odpada nam jeden z warunków dla powstania buczenia. W przypadkach tych nie będziemy mieli zwiększonego buczenia, jak to być powinno, przy siadaniu i staniu, po szybkich ruchach, t. j. w warunkach przyspieszających prąd krwi, tylko owszem osłabienie lub nawet zniesienie buczenia, boć to są warunki osłabiające sprawność komory prawej. Uwzględniwszy co dopiero poruszone okoliczności, możemy dopiero zużytkować zachowanie się buczenia żylnego w ocenianiu jakości szmeru.

Mówiąc o szmerach anemicznych, jeszcze na jeden szczegół chciałbym uwagę Panów zwrócić. Do niedawnych czasów uchodziło prawie za zasadę, że szmery te mogą być tylko skurczowe, jeszcze Nothnagel[13]) w wykładzie umieszczonym przed dwoma miesiącami w *Wien. med. Presse* podnosi: „. . . . *steht es fest, dass die anämischen Geräusche, welche wir im Herzen hören u. die sich im Herzen entwickeln, immer u. immer systolisch sind u. dass, wenn Sie diastolische oder präsystolische Geräusche hören, Sie von vornherein überzeugt sein dürfen, dass hier keine anorganischen Geräusche vorliegen, sondern dass sie durch Klappenabnormitäten bedingt sind*“. Zdanie to można za zasadę przyjąć ale z zastrzeżeniem, bo przy silnych stopniach niedokrewności stwierdzono naturalnie bardzo wyjątkowo nad końcem serca szmer rozkurczowy anemiczny (Gerhardt[14]), a w ostatnich czasach uznajemy powszechnie, że może być także szmer rozkurczowy słyszalny najwyraźniéj w miejscu, gdzie osłuchujemy tętn. główną. Szmer ten mający swe źródło w żyle głównéj górnéj *(v. cava sup.)*, więc szmer żylny powstający zatem nie „*im Herzen*“ ale słyszalny *im Herzen* zasługuje na szczególną uwagę, bo zbyt rzadkim znów on nie jest, a z drugiéj strony tak łudzący dla ucha, tak szorstki, że go łatwo wziąć za szmer organiczny i rozpoznać niedomykalność zastawek półksiężycowych tętn. głównéj (*Insuf. valv. semil. aortae*). Dlaczego szmer ten w stanach niedokrewnych względnie rzadko powstaje i jakich warunków potrzebuje do powstania, dziś tego nie wiemy — może wpływa na to jakiś nieprawidłowy przebieg *v. cavae* lub co prawdopodobniejsze wrodzona wązkość tako-

---

[1]) Asystent pogłębił z nieostrożności otwartą ranę żołądkową, podczas manipulacyi w jelicie, do jamy brzusznéj. — [2]) O ile mi wiadomo, jest to pierwsza gastroenterostomija wykonana na kontynencie europejskim podług zasad Senna u człowieka.

wéj. U blednicowych stwierdziłem go dotąd kilka razy, z tych dwa razy wśród okoliczności, które rozpoznanie utrudniały, a które nauczyły mnie zwracać uwagę na pewne szczegóły, pozwalające nieraz omyłki uniknąć. Dwa te przypadki przejdę w porządku chronologicznym, jak się nasunęły mojéj obserwacyi.

Dziewczynka 14-letnia z objawami przebytéj krzywicy w postaci dość znacznéj *kyphoskoliosis*. Stwierdziłem u niéj tk. tłuszczową miernie rozwiniętą, bladość znaczną powłok i bł. śluzowych, buczenie ogromne nad żyłami, szmery anemiczne słabe, skurczowe nad tętn. płucną i końcem serca, rozmiar serca poprzeczny zwiększony, w płucach w dolnych częściach objawy nieżytu, śledzionę miernie wypukiem powiększoną. W tym stanie objąłem ją w leczenie. Poprawa po dwóch miesiącach, występuje zapalenie nieżytowe płuca lewego 8 tygodni trwające, objawy blednicy potem jeszcze gwałtowniejsze, wyjazd na świeże powietrze, jak późniéj się dowiedziałem w okolicę malaryczną. Po 2 miesiącach powrót bez dodatniego wyniku, a w kilka tygodni rozpoczynają się u choréj dreszcze, poty i stan gorączkowy z torem silnie zwalniającym, bo rano 37—37·8° C. dochodzącym, wieczorem do 39° C. Wobec powiększonéj śledziony, pobytu w okolicy malarycznéj, a braku innych zmian, rozpoznałem *Intermittens irregularis in chloranaemica*. Obserwacyja jednak dalsza rozpoznanie zachwiała. Wśród zwiększającéj się niedokrewności zaczął występować coraz wyraźniejszy szmer rozkurczowy nad tętn. główną, zamieniając się w szmer szorstki prawie piłujący, udzielający się słabo aż nad koniec serca. Wobec tego rozpoznanie uległo gruntownéj zmianie i brzmiało: *Endocarditis acuta subsequ. Insuffic. valv. semilur. aortae in chloranaemica*, rozpoznanie nietylko moje ale wszystkich kolegów, którzy przypadek ten w tym czasie badali. Po 4 tygodniach stan gorączkowy minął, po 6 pacyjentka chodziła, szmer trwał daléj, czyli według logicznego rozumowania przebyła sprawę ostrą na śródsierdziu wynosząc stałą wadę sercową. Po używaniu dłuższem chininy, arszeniku, żelaza, stan ogólny zaczął się poprawiać, niedokrewność zmniejszać, a badając co 2—3 tygodni chorą, ku mojemu zdziwieniu stwierdziłem w miarę poprawy ogólnéj słabnienie szmeru, a w 4 miesiące i śladu z niego nie było i nigdy już nie wrócił. Pacyjentka zatem nie miała niedomykalności zastawek półksiężycowych tętn. głównéj, nie przebyła ostrego zapalenia śródsierdzia, przebyła nieregularną zimnicę, któréj nabawiła się podczas pobytu w okolicy malarycznéj, ta zwiększała jéj niedokrewność, wystąpił szmer anemiczny, rozkurczowy, który w miarę poprawy stanu ogólnego a więc i składu krwi zupełnie ustąpił.

Gdym się zastanawiał, czy błędu tego w rozpoznaniu można było uniknąć, zwróciły moją uwagę pewne szczegóły, które wprawdzie nie odrazu, ale wśród dłuższéj obserwacyi w rachubę powinny były wchodzić, t. j. brak następstw niedomykalności zastawek, brak przerostu lewego serca, nie mówiąc już o wybitnem, któreby zdradzało się silnem i przesuniętem uderzeniem koniuszkowem i powiększeniem rozmiaru osiowego stłumienia sercowego, ale przynajmniéj któreby objawiało się tętnem więcéj napiętem a nadto chybkiem (*celer*). Ten ostatni szczegół, t. j. zachowanie się tętna mógł być decydującym, jeżeli nie w czasie gorączkowania choréj, to późniéj, bo dodać mi należy, że długi czas tętno było bardzo przyspieszone, małe i miękkie, rozmiar poprzeczny serca zwiększony.

Doświadczenie to mogłem zużytkować w jakiś czas potem w przypadku równie nęcącym do rozpoznania sprawy na zastawkach tętn. głównéj. Dotyczył on panienki 18-letniéj bardzo otyłéj, dobrze zbudowanéj. Badanie wykazało u niéj objawy silnie rozwiniętéj blednicy, która miało już trwać 4 lata, w sercu szmery anemiczne, skurczowe w zwykłych miejscach. Po kilku miesiącach, wśród których miałem sposobność pacyjentkę kilka razy badać, poprawa znaczna. Ruchliwie przebyty karnawał pogorszył sprawę, nadto rozwinął się przyostry gościec zajmujący stawy kolanowe, skokowe i barkowy prawy. W 4 miesiące dopiero po wystąpieniu przypadków gośćcowych badałem pacyjentkę w czerwcu z. r. Odżywienie pozostało to samo, bladość jednak większa niż za pierwszym razem, buczenie wybitne nad żyłami, stosunkowo słabe szmery anemiczne nad tętn. płucną i końcem serca, natomiast silny piłujący szmer rozkurczowy nad tętn. główną, a ze stawów kolana prawe obrzękłe i bolesne. Nęcącem było przyjąć, że przy blednicy i tak usposabiającéj do spraw na śródsierdziu wskutek gośćca stawowego, którego ślady jeszcze stwierdziłem, powstała sprawa zapalna na zastawkach tętn. głównéj doprowadzająca do niedomykalności takowych (*chloranaemia intercurrente Rheum. artic. subacuto subsequ. Endocardite sub forma insuff. valv. semil. aortae*). Nauczony jednak doświadczeniem przypadku poprzedniego, jak trzeba być ostrożnym z tym szmerem u blednicowych, zwróciwszy uwagę, że nie stwierdziłem objawów fizycznych przerostu lewego serca, a tętno szybkie i miękkie i małe, mimo ostrości szmeru, uznałem go za anemiczny i przebieg rozpoznanie potwierdził, w dwa miesiące jeszcze szmer rozkurczowy słyszałem, w 6 ciu przy doskonałem wejrzeniu pacyjentki zniknął bez śladu.

Dwa przypadki te przytoczyłem, aby wykazać ważność rozpoznawczą tego szmeru i na przykładzie pokazać, jakie trudności rozpoznawcze może sprawiać, jak również, że w ocenianiu jego charakteru zwracać należy uwagę szczególnie na jakość tętna. Odrazu jednak nadmienić muszę, że teoretycznie, bo w praktyce przypadków podobnych nie spotkałem, mogą zajść warunki, które nam ten punkt oparcia osłabiają, a będzie to wtedy, gdy szmer rozkurczowy pozostanie u pacyjentki, u któréj wskutek wązkości naczyń rozwinął się przerost lewéj komory.

Skreśliwszy niektóre objawy, jakie u blednicowych spotykamy w narządzie krążenia, wracam do skreślenia ściślejszego, które przypadki blednicy zaliczam do podanego przezemnie typu sercowego. Nie wszystkie naturalnie, u których stwierdzimy buczenie żylne lub szmer anemiczny, ale tylko te, które przedstawiać będą osłabienie mięśnia sercowego, objawiające się stale przyspieszonem znacznie tętnem, rosnącem w liczbę za każdym ruchem i rozszerzeniem prawéj komory serca. Zbieram te przypadki w osobną grupę, w osobny typ, nie ze względów naukowych lecz praktycznych, bo wymagają one odmiennego postępowania leczniczego.

Nazwa ostatniego mego typu, t. j. mięszany, sama przez się tłómaczy się i nie potrzebuje bliższego wyjaśnienia, a obejmuje ona najczęstsze przypadki.

Na dwa objawy mogące się zdarzyć w każdym z podanych typów chciałbym jeszcze zwrócić uwagę, t. j. na przypady nerwowe i ciepłotę.

Przypady nerwowe spostrzegane w blednicy są dwojakie. Jedne będące w ścisłym związku z rozwijającą się chorobą, jak bóle głowy, pewna drażliwość, skłonność do płaczu, łatwość uniesienia się, nastrój melancholiczny i t. d. przypady, które zależnie od stanu blednicy potęgują się lub zwalniają, — drugie stanowiące powikłanie blednicy, przypady histeryczne, zdarzające się u osób neuropatycznych, u których blednica albo rozbudziła tkwiący zaród histeryi lub istniejącą histeryję spotęgowała. Podział tych przypadów jest potrzebny ze względów praktycznych, bo gdy pierwsze przeważnie nie wymagają innego leczenia jak tylko przeciw blednicy skierowanego, drugie zależnie od stopnia natężenia wymagają odmiennego postępowania.

Wreszcie o ciepłocie słów kilka pragnę powiedzieć. W podręcznikach nowszych (Eichhorst, Strümpell, Jaccoud), a nawet w zbiorowem dziele Ziemssena, znajdujemy zwykle zdanie, że ciepłota u bladnicowych nie jest podwyższoną, a jeżeli ją przypuszczają, to tylko dla wyjątkowych przypadków, w innych razach każą ją uważać za objaw ukrytéj jakiéjś innéj sprawy, n. p. gruźlicy (*pseudochlorosis*) lub za objaw niedokrewności złośliwéj. Z drugiéj strony nie brak spostrzeżeń świadczących, że ciepłota w błednicy może być podwyższoną. Wspomina już o tem Wunderlich. Główną uwagę na to zwrócił dopiero Mollière[15]), który w 38 przypadkach błednicy mierząc przez czas dłuższy dwa razy dziennie w kiszce odchodowéj „ze zdziwieniem" znalazł ciepłotę podwyższoną, nigdy niżéj 37·4° C., u niektórych stale 38° C., u niektórych 38·8—39·4, a kilka razy nawet 39·8° C. i uważa podniesienie ciepłoty za stały objaw błednicy. — W rok późniéj Leclerc[16]) na podstawie 30 przypadków nie podziela w całości zdania Mollièra, jakoby podniesiona ciepłota była stałym objawem błednicy, zwraca jednak uwagę na częstość tego objawu, zwłaszcza w cięższych postaciach. — Podniesienia mają być nieznaczne, rzadko do 39° C. dochodzące, najczęściéj z torem gorączki stałéj lub też torem odwrotnym (*typus inversus*) i mogą trwać od kilku dni do 4½ miesięcy. Dwa lata temu ogłosił Weil[17]) trzy przypadki błednicy z gorączką, a w roku bieżącym Puławski[18]) przypadek jeden bardzo ciekawy, w którym stan gorączkowy trwał dni 60 z torem bardzo nieregularnym, ciepłota dochodziła do 41·1° C., rozpoznanie zaś wahało się między gruźlicą prosówkową, niedokrewnością złośliwą, zimnicą i histeryją, a w którym gorączka ustępować poczęła po używaniu żelaza. Na objaw ten od lat kilku zwróciłem uwagę i wkrótce przyszedłem do przekonania, że tylko po mierzeniu co 2 godziny można dojść do pewnych wyników.

Dziś rozporządzam dość znacznym materyjałem własnym i tablicami, które do użytku oddał mi prof. Korczyński z kliniki krakowskiéj. Statystyki z nich układać nie mogę, bo w wielu przypadkach praktyki prywatnéj z przyczyn naturalnie nie odemnie zawisłych nie byłem w stanie tak dokładnie mierzeń przeprowadzić. Na podstawie jednak zebranego materyjału śmiało mogę przychylić się do zdania Leclerca, że w błednicy szczególnie silnie rozwiniętéj nie tak rzadko można przy dokładnem co 2 godziny dokonywanem mierzeniu nieznaczne podniesienie ciepłoty stwierdzić. Podniesienia te przypadają na rozmaite godziny dnia, ztąd przy dwukrotnem mierzeniu łatwo ich nie spostrzedz, wahają się one najczęściéj między 37·4—37·9, rzadziéj dochodzą do 38—38·2° C. W przypadkach obserwowanych podwyższenie to trwało od kilku, kilkunastu dni do 2—3 miesięcy, ściśle było związane z nasileniem choroby, a z poprawą ogólną ciepłota schodziła do prawidłowéj. Nadto zauważyłem ten szczegół, że błednicą dotknięte ustroje oddziaływają w pewnych razach na pewne bodźce jak radość, smutek, a szczególnie więcéj męczący ruch oddziaływa podniesieniem ciepłoty, szczegół, na który i Leclerc zwraca uwagę. Podobnie wysokich ciepłot jak wspomina Mollière, Weil, lub w przypadku Puławskiego nie stwierdzałem. Najwyższą, bo dochodzącą do 39° C., widziałem w przypadku, który spostrzegałem przed 4 laty, zasługującym i z innego powodu na przytoczenie.

U dwóch sióstr, panienek 15 i 16-letnich, nad wiek swój wyrosłych, rozwija się błednica, przebieg jéj zmienny, poprawa na kilka miesięcy i znów pogorszenie, tak dochodzące do 17 i 18 r. życia. Po powrocie z wakacyj przed 4 laty młodsza przedstawiła się w stanie względnie dobrym, starsza blada, z buczeniami żylnemi, szmerami anemicznemi w sercu; za przyczynę tego podaje matka cierpienia moralne, nadto dowiedziałem się, że pacyjentka podczas spaceru wyleciała z powozu. W trzy tygodnie po powrocie cera pacyjentki była już kredowobladą, osłabienie tak znaczne, że każdy ruch sprowadzał bezdech. Badanie wykazało mi obok téj bladości silnie rozwiniętą tkankę tłuszczową, anemiczne szmery w sercu, narządy wewnętrzne prawidłowe, mierną bolesność mostka, ciepłotę 37·6. Krew wzięta z palca była wodnistą, koloru blado-ceglastego, pod mikroskopem znaczna *poikilocythosis* i *mikrocythämia*. W stolcu żadnych pasorzytów ani ich jajek. Mocz prawidłowy. Pacyjenka odtąd leżała w łóżku, stale gorączkowała ze zmiennem natężeniem z wahaniami ciepłoty znacznemi użto subnormalnéj użto dochodzącéj do 38·6—39° C Niedokrewność stale się zwiększała, w dwa tygodnie już głowy podnosić nie mogła, aby nie popaść w omdlenie. Na stopach pojawiły się obrzęki. Bezsenność stała, bo sen przerywały stale halucynacyje, tętno 120—130 miękkie. W 4 tygodnie bladość tak znaczna jak po najsilniejszem krwotoku. Ciepłota ostatnie 3 dni stale subnormalna, tętno coraz słabsze i wśród zamroczenia przytomności w ostatnim dniu pacyjentka życie skończyła. (Dok. nast.

III. Z kliniki chorób dzieci prof. Dra Jakubowskiego.

O intubacyi w dławcu.

Napisał

Dr. Stanisław Momidłowski,

asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

Jakkolwiek pierwsze i drugie niebezpieczeństwo jest rzadkie, jak to wykazują spostrzeżenia amerykańskie, lekarzy niemieckich, wreszcie u nas zauważane (na 82 przypadków 3 razy), to jednak już z tego wynika, że po wykonaniu intubacyi w każdéj chwili do tracheotomii przygotowanym być należy i to do tracheotomii w warunkach niekorzystnych, bo wymagającéj bardzo szybkiego ukończenia i następowych zabiegów, służących do usunięcia błon z dróg oddechowych. Thiersch nawet sądzi, że wobec tych niebezpieczeństw konieczną jest ustawiczna obecność lekarza przy łóżku chorego i to tak z intubacyją, jak i tracheotomiją dobrze obeznanego. Ganghofner zaś, jak to już wyżéj wspomniałem, pozostawiając nitkę, dozwala każdemu w nagłym przypadku zatkany tubus wyjąć, w takim zaś razie zawsze jest czas, do wezwania pomocy lekarza, choćby chwilowo nieobecnego. Również w znacznéj ilości nagromadzona w drogach oddechowych wydzielina lepka jest w stanie tubus niedrożnym uczynić, o czem wspomina Ranke, a w naszym jednym przypadku nagłéj duszności znalazłem po wyjęciu tubusa tenże śluzem gęstym zapchany, błon zaś mimo skrzętnych poszukiwań wykazać nie mogłem.

Dalsze ujemne strony intubacyi są następujące: 1) częste wykrztuszanie rurki, 2) możność połknięcia téjże, 3) wpadnięcie do tchawicy, 4) trudności przy karmieniu dzieci intubowanych.

1) Wykrztuszanie rurki zdarza się dosyć często a najczęstszą przyczyną tegoż jest zatkanie światła bądź przez oderwaną błonę krupową, bądź przez nagromadzony śluz. Wśród gwałtownego kaszlu dziecko wyrzuca wtedy tubus a wraz z nim błony i wydzielinę. Czasami przyczyny wy-

walinę budżetową do zaspokojenia potrzeb szpitalików powiatowych.

Następnie Dr. Lachowicz omawiał sprawę kwartalnych wykazów o jaglicy i wyjaśniał różnice pomiędzy 3 formularzami, które nawzajem się uzupełniają i dają obraz rozszerzania się tej zaraźliwéj choroby ocznéj w kraju naszym. Aby uniknąć zbyt długiego nieraz wyliczania chorych na jaglicę co kwartał, wystarczać będzie obecnie zestawienie cyfrowe chorych i wyzdrowiałych, a tylko po ukończeniu poboru wojskowego trzeba będzie przedkładać Namiestnictwu wykaz imienny, tudzież w wykazie żołnierzy urlopowanych z powodu jaglicy trzeba będzie i nadal wymieniać ich szczegółowo.

Również odczyt Dra Obtułowicza „o stanowisku lekarza powiatowego przy komisyjach poborowych do wojska“ wywołał dyskusyję nader ożywioną. Prelegent uzasadniał, że ustawa najnowsza z r. 1880 nader szczupły zakres działalności użycza lekarzom powiatowym przy komisyjach asenterunkowych, że jednakże wobec obowiązków nałożonych przez ustawę na lekarzy powiatowych w sposób kategoryczny, także ci mimo chęci muszą w tych komisyjach brać udział, — powinni oni nawet tych drobnych okruchów władzy gorliwie przestrzegać i protestować w razie, gdyby ich orzeczenie do protokółu asenterunkowego wpisane nie zostało, zwłaszcza, że §. 98 ustęp f) powyższéj ustawy prawo podyktowania do protokułu orzeczenia o zdolności popisowego wyraźnie zastrzega. Tak jak lekarz wojskowy jest znawcą komisyi wojskowéj i wypowiada swe orzeczenie o zdolności popisowego, a przewodniczący komisyi wojskowéj na mocy tego orzeczenia — chociaż się może niem wcale nie krępować — asenteruje popisowego lub go odrzuca, tak samo lekarz powiatowy jest znawcą komisyi cywilnéj i po odrzuceniu popisowego przez komisyję wojskową wypowiada swe orzeczenie, czy ten popisowy ma być przedstawionym komisyi rozpoznawczej, czy też nie. Przewodniczący komisyi cywilnéj może uznać to zdanie za uzasadnione lub nie, ale orzeczenie lekarza powiatowego zawsze zapisanem w protokółach być powinno. W razie podejrzenia o samokalectwo ma lekarz powiatowy nie tylko prawo, ale nawet obowiązek podyktowania swego orzeczenia do protokółu poborowego (§. 94, 7), a instrukcyja o badaniu popisowych kładzie wyraźny nacisk na to, że badanie popisowych należy do najważniejszych jego obowiązków urzędowych (§. 88, 7).

Sprawę tę jako nader ważną uchwalono na wniosek kol. Dra Wernera poruczyć osobnéj komisyi.

Dr. Barzycki przemawiał następnie za tem, że sądy powinny lekarzy powiatowych, jako specyjalnie ukwalifikowanych znawców, używać stale do czynności sądowo-lekarskich. Liczni mówcy utyskiwali na przestarzałą taryfę z r. 1855, która nie licuje ani z godnością, ani ze stanowiskiem lekarzy wogóle i zniechęca tylko lekarzy do poświęcania swych usług władzom sądowym i dlatego, dopóki sprawa wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie nie dozna radykalnego przeobrażenia i widocznéj zmiany na lepsze, nie jest rzeczą odpowiednią, aby lekarze powiatowi narzucali się sądom, które i tak są obowiązane do używania ich i oddawania im pierwszeństwa przed innymi lekarzami, a to w myśl okólników ministeryjalnych.

Dr. Sobolewski poruszył znów ważną sprawę polepszenia bytu lekarzy powiatowych i wykazywał konieczną potrzebę podwyższenia rangi i płacy lekarzy powiatowych, którzy mimo długich i żmudnych studyjów, rygorozów doktorskich, oraz egzaminów państwowych, nie mogą obecnie uzyskać nawet rangi VIII, jaką obdarzeni bywają urzędnicy innych kategoryj, nie potrzebujący nawet studyjów uniwersyteckich, a częstokroć nawet obywający się bez ukończenia gimnazyjum.

Sprawę tę z poprawką Dra Cassiny, aby lekarze powiatowi narażający zbyt często swe życie skutkiem zarażenia się chorobami zakaźnemi, oraz muszący ponosić różnorodne trudy przy wyjazdach komisyjnych, otrzymywali już pełną emeryturę po upływie lat 30 (tak jak nauczyciele gimnazyalni, profesorowie Uniwersytetu), przekazano komisyi złożonéj z Drów Barzyckiego, Cassiny, Obtułowicza i Sobolewskiego.

W końcu Dr. Barzycki wykazywał, że lekarze powiatowi powinni zaliczać jezdne, choćby nawet odległość od miejsca zamieszkania nie przekraczało 3·8 kilometra, a protomedyk Dr. Merunowicz omawiał organizacyję służby sanitarnéj w kraju, popierając gorąco sprawę jak najszybszego ustanowienia akuszerek gminnych i wprowadzenia w życie instytucyj lekarzy okręgowych.

Mimo przedłużenia się obrad ponad czas 4 godzinny nie zdołano wyczerpać ani połowy porządku dziennego, skutkiem czego dalsze obrady nad wnioskami Drów Barzyckiego, Serkowskiego i Tarnawskiego (O stanowisku lekarza powiatowego w obec rady szkolnéj okręgowéj i niedostatecznym wpływie jego na szkołę ludową) uchwalono odroczyć do przyszłego Zjazdu, który się odbędzie we Lwowie w roku przyszłym o téj saméj porze.

Poruszenie kwestyj pierwszorzędnéj wagi i ożywiona dyskusyja nad każdym z tematów powyższych wykazała niezbędną potrzebę zjazdów lekarzy powiatowych.

Zjazd II, w którym oprócz członków Rady zdrowia i lekarzy lwowskich, wzięło udział 60 lekarzy powiatowych, zakończyła koleżeńska uczta w kasynie miejskiem, wśród któréj panował nader serdeczny nastrój, przeplatany licznemi toastami, a pod koniec biesiady nie zapomniano i o dobrym uczynku, bo na fundusz wdów i sierot po lekarzach zebrano przeszło 230 złr.

Władisław Andrejewicz Frankowski. Połwiekowoj jubilej (1840—1890). Charków 1892.

„Przegląd Lekarski“ w N. 13 b. r. złożył swe życzenia Dr. Frankowskiemu, z powodu 50-letniego jubileuszu jego zawodowej działalności, wyróżniającej się szeroką wiedzą, wygórowaną sumiennością i ewangieliczną miłością bliźniego.

Dr. Grzegorz Wolański z Hadiacza nadesłał nam sporą książkę, ozdobioną podobizną jubilata i zawierającą opis uroczystości jubileuszowej, wraz z przemówieniami przedstawicieli przeróżnych instytucyj, z których każda miała wiele powodów do wyrażenia wdzięczności czcigodnemu jubilatowi. Z tej publikacyi dopiero należycie wyrozumieliśmy motywa wspaniałego jubileuszu; przekonaliśmy się, jak piękną i zaszczytną rolę odgrywał i odgrywa na wschodzie cesarstwa ten pionier rzetelnej cywilizacyi chrześcijańskiej, lekarz, którego serce w zaraniu życia przysposobiła do trudu i znoju, do poświęcenia i miłości bliźniego, wielka swym duchem pedagogicznym Akademia Wileńska. Od Petersburga do Odessy, od Warszawy do gór Kaukazu; od potentatów, jak członek Rady Państwa Abaza, Senator Printz — do włościanki Zajcowej, nadeszły adresy i telegramy z życzeniami od jednych z wdzięcznością i błogosławieństwem od drugich. Z Berlina otrzymał jubilat powinszowanie od Virchowa i Henocha. Zapytujemy siebie, w czem spoczywa tajemnica tego jednomyślnego, harmonijnego chóru wdzięczności dla cichego pracownika? Książka jubileuszowa nam daje odpowiedź, że społeczeństwo, wśród którego działał i działa jubilat, z uznaniem to zapisujemy, oceniło i uczciło 50-letnią bez skazy jego służbę. Liczny spis dokumentów zaświadczających o bezinteresowanej pracy jubilata podczas wszystkich epidemij w ciągu lat 50, również bezinteresowna służba w towarzystwach filantropijnych, początkowanie w założeniu charkowskiego szpitala dla dzieci, oraz trudy około poprawy stosunków zdrowotnych itd. przekonywają, że Dr. Frankowski jest osobistością wyróżniającą się wysokim etycznym nastrojem uczucia, myśli i czynu. Skromny, a tak zasłużony, wymagający od siebie, a tak pobłażliwy i dobry dla bliźnich, był on i jest nietylko lekarzem — filantropem, lecz opiekunem i dobrodziejem ubogich i wydziedziczonych.

Dla nas, ta niezwykła, a tak wspaniała uroczystość jubileuszowa, ma wyłączny wdzięk: wyszczególnia ona czło-

wieka, który jest naszym kolegą, ziomkiem i wychowańcem tyle zasłużonej Akademii Wileńskiej. Uniwersytet Wileński był najdalej wysuniętą na wschód placówką cywilizacyi zachodniej; ocenienie, w jakim stopniu przypadnie zasługa wileńskim wychowańcom w dźwignięciu oświaty rosyjskiej na jej dzisiejszą stopę, jest to wdzięczny temat dla historyka fachowego. Sądząc jednak z tego, na co patrzyliśmy i dziś patrzymy, zasługi te są niewątpliwe, a na poparcie naszego twierdzenia niech nam służą nazwiska byłych wychowańców Wszechnicy wileńskiej, którzy za dni naszych żyli i działali w wschodnich guberniach cesarstwa; do nich zaliczamy: głośnych i cenionych pedagogów: Wernikowskiego i Łozińskiego; lekarzy, używających szerokiej wziętości dla swej wiedzy i dobroczynności: Neczaja, Wernickiego, Frankowskiego; wysoko cenionych helenistów, profesorów Uniwersytetów: Walickiego w Charkowie, Jurkiewicza w Odesie; profesora chemii w Kijowie, Ignacego Fonberga; oryjentalistę, profesora we Wydziale prawnym i Rektora w Kazaniu Kowalikowskiego, profesora prawa w Uniwersytecie charkowskim, Aleksandra Mickiewicza, brata Adama, i innych. Ze stanowiska interesów wszechludzkich: oświaty i filantropii boleć tylko należy, że Uniwersytet wileński, gwoli spraw doczesnych i przemijających, po blizko trzy wiekowem istnieniu, został zniesiony: obchodząc uroczysty jubileusz jednego z epigonów Akademii Wileńskiej, społeczność rosyjska uczciła i ducha szkoły, która wydała Władysława Frankowskiego. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 czerwca. Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. 1) kol. przewodniczący Ponikło powitał obecnych kolegów zamiejscowych Drów Kleckiego i Śmiechowskiego z Warszawy, Dra Bogdanika z Biały i Dra Godlewskiego ze Lwowa, następnie doniósł Towarzystwu, że kol. Opieński z powodu wyjazdu do Lwowa składa urząd sekretarza dorocznego. Zgromadzeni uchwalili jednomyślnie wyrazić kol. Opieńskiemu uznanie za wzorowe redagowanie protokółów posiedzeń i wybrali jednogłośnie sekretarzem po koniec roku bieżącego kol. Stanisława Karpińskiego;

2) przyjęto jednogłośnie Dra Bronisława Olszewskiego na członka czynnego Towarzystwa.

3) kol. Buzdygan okazał błonę krupową wykaszlaną przez chorego w klinice, przedstawiającą niejako odlew tchawicy i kilku większych oskrzeli.

4) Kol. Kryński miał odczyt „o zawartości komórek rakowych“, w którym podał wyniki swych własnych poszukiwań, objaśniając rzecz preparatami mikroskopowemi.

5) Kol. Wachholz czytał „o przewrotnym popędzie płciowym“ opisując poszczególne formy tego zboczenia, ilustrując rzecz typowemi przypadkami chorobowemi i dołączając uwagi sądowo-lekarskie. W dyskusyi zabierali głos z kolei koll.: Sroczyński, Zarewicz, Buzdygan, Oettinger, Szewczyk, Blumenstok, Bogdanik i prelegent.

* D. 25 maja odbył się wykład habilitacyjny Dra Stanisława Brauna w obecności członków Wydziału lekarskiego i licznie zgromadzonych słuchaczów medycyny. Po odbyciu krótkiej narady Wydział uznawszy wykład za zupełnie odpowiedni uchwalił przedstawić Ministerstwu Oświecenia cały akt habilitacyjny celem potwierdzenia Dra Brauna jako docenta położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* Na ostatniem swem posiedzeniu Wydział lekarski U. J. uchwalił jednogłośnie: 1) poprzeć jak najgoręcéj podanie asystenta przy katedrze fizyjologii Dra Becka do Wys. Ministerstwa Oświecenia o udzielenie stypendyjum celem poznania zakładów fizyjologicznych w Austryi i zagranicą, 2) i prosić Ministerstwa o zamianowanie asystenta przy klinice okulistycznéj Dra Sroczyńskiego na téj posadzie przez rok piąty; wreszcie wybrał z grona swego 4 członków jako wyborców przy nastąpić mającym wyborze Rektora U. J. na rok przyszły, a mianowicie proff. Korczyńskiego, Browicza, Jakubowskiego i docenta Zarewicza.

* Zjazdowi okulistów francuskich, odbywającemu się w Paryżu, przewodniczy szanowny nasz rodak, radzca zdrowia Dr. Wicherkiewicz z Poznania.

* Jak donosi *W. m. Presse* w Nrze 22, operator lwowski Dr. Barącz na posiedzeniu Tow. lek. wiedeńskiego, odbytem w d. 27 b. m., miał wykład o zastąpieniu płytek kostnych Senna śród wykonania anastomoz jelitowych innym materyjałem, a więc o rzeczy, zamieszczonéj w dzisiejszym Numerze naszego pisma. — W następnym numerze ogłosimy przypadek, na który się Dr. B. powołuje w końcu niniejszéj rozprawki.

* W tygodniu 20-ym (od 15—21 maja było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 62, skonów 47, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 9, z dławca i błonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 3, z duru brzusznego 2.

* **Warszawa**. Zamknięty od śmierci Dra Fritschego zakład hidropatyczny w Warszawie (Obożna 5), został ponownie otwarty w pierwszych dniach czerwca r. b. Zakład ten, odnowiony i przerobiony, prowadzić będą koll. H. Dobrzycki i A. Ciągliński; lekarzem miejscowym zaś będzie kol. Skowroński (*Gaz. Lek.* Nr. 22).

* **Wiadomości osobowe**. Stopień Dra w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jag. p. Edward Piotrowski, rodem z Tarnowa.

* **Zmarli**: W Kołomyi umarł Dr. Bolesław Mayzel, urodzony w r. 1864 w Krakowie i uczeń szkół krakowskich, fizyk i radny m. Kołomyi. Padł on ofiarą zawodu swego, zaraziwszy się tyfusem osutkowym. Gazeta tameczna żegna go w sposób bardzo pochlebny.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie lek.* Nr. 21: Czajkowskiego: O drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowéj nosa chorych na odrę; Rajchmana i Mintza: O znaczeniu kw. solnego w lecznictwie chorób żołądka; Szwajcera: O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w Warszawie w r. 1889 (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 21: Wisłockiego: Nowoczesne sposoby leczenia suchot płucnych; Grünbauma: Dwa przypadki ropnia podprzeponowego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. PAWIŃSKI (w Warszawie): O stósowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (odbitka z Gazety Lek. 1892) in 8-vo str. 54. — Dr. MAJKOWSKI (w Busku): Sprawozdanie lek. o chorych leczonych w Busku w r. 1891 (odbitka z Medycyny) in 8-vo str. 9. — Dr. ŁEPKOWSKI: Przyczynek do nauki o chemicznym składzie zębów (odb. z Nowin Lek. 1892) in 8-vo str. 7. — Tenże: O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie (odb. z Przeglądu Lek. 1892) in 8-vo str. 18 z tabl. — Dr. Leon WACHHOLZ: Bemerkungen ü. d. Chloroformnarcose [aus d. chir. Abtheil. des Prof. Dr. Obaliński in Krakau] (odb. z Langenbecka Archiwu XLIII, 2) in 8-vo str. 21. — Dr. Edw. ORŁOWSKI (w Warszawie): Ein experim. Beitrag z. Kenntniss d. Einwirkung d. Atropins auf d. Respiration, Dorpat 1891, in 8-vo str. 64. — Dr. Edw. DANIELEWICZ: O nadużywaniu alkoholu. Poznań 1892, in 8-vo str. 100. — Proff. KORCZYŃSKI i GLUZIŃSKI: Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzusznym (odb. z Nowin Lek. 1892) in 8-vo str. 8. — Dr. S. MINTZ (w Warszawie): Ueber d. Winter-Hayem'sche Methode (odbitka z D. med. Woch. 1891) in 8-vo str. 13. — Dr. A. SMIECHOWSKI: Ueber d. erste Auftreten d. Hämoglobins b. Hühnerembryonen. Dorpat 1892, in 8-vo str. 46. — Wydawn. dzieł lek. polskich w Krakowie seryi I. zeszyt 8: Dr. E. ROSENBLATT: Nowsze sposoby leczenia krztuśca (str. 27); zeszyt 9: Dr. L. ROSENBUSCH: O nawykowem zaparciu żywota (str. 21). — A. CHEŁMOŃSKI. Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych (odb. z Medycyny 1892) in 8-vo str. 3. — BOCQUILLON-LIMOUSIN: Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, 3 edition, Paris J. B. Baillière et Fils 1892, in 8-vo str. 322. — Prof. A. PALTAUF: Die gerichtliche Medicin als Lehrgegenstand der Universität (odb. z Prager med. Wschrft. 1892) in 8-vo str. 14. — Sprawozdanie ze szpitala powszechnego w Rzeszowie za r. 1891, Rzeszów 1892, in 8-vo str. 29. — Dr. STANOWSKI (w Gdańsku): Ein Versuch die Ursache d. Ataxie bei Tabes dorsualis zu erklären (odb. z Intern. klin. Rundschau 1892 (in 8-vo str. 4).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się list otwarty Dra Głuchowskiego.

nowych zebrał. Przyczyną téj rzadkości jest niemożność zastąpienia w obec wielkich i częstość poronień w obec małych mięśniaków. Według Süsserotta w porodach powikłanych mięśniakami śmiertelność matek wynosi 53%, dzieci 66%. Na pytanie, w jaki sposób mięśniaki szkodliwie wpływają na przebieg ciąży i porodu, odpowiada H. w następujący sposób:

1) Mięśniaki sprowadzają często poronienie; 2) W czasie ciąży zdarzają się silne krwotoki, szczególniéj w obec łożyska przodującego; 3) Występują dolegliwości moczowe i stolcowe, podobnie jak w *Retroflexio uteri gravidi.* 4) W obec, lub skutkiem ciąży mogą mięśniaki pozrastać nadzwyczaj szybko tak, że macica przybiera ogromne rozmiary i wywołuje przez to objawy zastoju w krążeniu. 5) Guzy zmieniają kształt i ułożenie macicy, stając się przez to przyczyną nieprawidłowych położeń i ułożeń płodu, jako też wypadania kończyn lub pępowiny. 6) W razie umiejscowienia guza w trzonie macicy następują zboczenia w bólach, skurcze odbywają się nieprawidłowo, następuje osłabienie bólów, przeciąganie się porodu, a stąd obumieranie płodu i choroby matki przed rozwiązaniem. 7) Guzy, które wchodzą do miednicy małéj, zwężają kanał porodowy. 8) Insercyje guzów podśluzowych do jamy macicy sterczących mogą uledz naciągnięciu przez zmienione ułożenie części drobnych, a w następstwie tego guz może dobrowolnie w czasie lub po urodzeniu płodu wypaść. 9) W razie zamknięcia kanału rodnego przez guz zdarzają się pęknięcia macicy. 10) Często występują silne krwawienia, wśród usiłowań rozwiązania i śmiertelne krwotoki bezpośrednio po porodzie. 10) Spostrzegano zmiażdżenia i złamania kości czaszki, podobnie jak w przypadkach ścieśnionej miednicy. 12) Rozwiązanie drogą naturalną nieraz stało się niemożebnem, jeżeli guz wypełniał miednicę małą, a nie można go było odprowadzić. 13) W okresie poporodowym zdarzały się krwotoki śmiertelne; 14) Spostrzegano gorączkę połogową, która częściéj występowała skutkiem zakażenia ułatwionego przeciągającym się nad miarę porodem.

Na 147 przypadków zebranych przez Süsserota, 85 zakończono operacyją, z tych 20 kleszczami, 20 obrotem na nóżki, 21 razy wydobyto ręcznie łożysko, 12 razy wykonano cięcie cesarskie, poród przedwczesny wzniecono 8 razy. W 11 przypadkach udało się odprowadzić guz wśród porodu, a usunąć go 7 razy. Wymóżdżenie wykonano w 6, a wydobycie płodu hakiem w 1 przypadku.

Na 24 przypadków Stratza udało się w 11 przez odpowiednie postępowanie w czasie ciąży usunąć przeszkodę porodową. W 8 przypadkach wzniecono poród przedwczesny, 2 razy wykonano myomotomią z usunięciem ciężarnéj macicy, 1 raz zaś tak wyłuszczono guz, że następnie odbył się prawidłowy poród czasowy. — Żadna z matek nie umarła.

Z 13 rodzących, u których dopiero podczas porodu rozpoznano mięśniaka, umarło 7 t. j. 54%, 8 dzieci zostało przy życiu.

W dalszym ciągu opisuje autor przypadek, który obserwował wspólnie z Dr. Schefferem.

Wieloródka, poprzednie porody prawidłowe, koniec 5 ciąży. Bóle słabe z przestankami dłuższemi. Stan ten przed przybyciem H. trwał już 14 dni, a wody już przed kilku dniami odpłynęły, natomiast pokazywały się małe ilości krwi. Macica nadzwyczaj duża, sięga dnem do wyrostka mieczykowatego i do obu łuków żebrowych. Tętna płodowego brak. Ujście zewnętrzne zatkane twardą masą. Zdawało się początkowo, że łożysko przoduje, ale w obec małych krwawień przypuszczenie to okazało się mylnem. Mięsak zanadto rzadko spostrzegać się daje, a raka stanowczo wykluczyć można było, ponieważ miąższ był zupełnie niezajętym, więc pozostawał tylko mięśniak, co badanie drobnowidowe potwierdziło.

Przed przystąpieniem do operacyi Porry spróbował H. za pępowiną do pochwy wypadniętą dostać się do jamy macicy. Po zachloroformowaniu rodzącéj udało mu się chociaż z trudnością dojść aż do prawéj nóżki, poczem już dosyć gładko dał się wykonać obrót i wydobycie płodu nieżywego, zmacerowanego. Podczas pociągania płodu przerwała się pępowina. Krwawienie bardzo nieznaczne.

Ponieważ rodząca na podstawie wielkiéj objętości brzucha miała przekonanie, że jest ciąża bliźniacza, przeto dla przekonania się, czy niema drugiego płodu w macicy, wprowadził H. rękę po raz wtóry. Płodu nie było, ale natomiast zauważył operujący w ujściu zewnętrznem oddzielającą się część guza i tylko cienką szypułą z nim połączoną. Aby uniknąć następnego rozkładu téj części guza, do pochwy sterczącéj, wydobył go H. ręką, a gdy w to samo miejsce nasuwała się dalsza część i tę usunął. Przeświadczywszy się, że niema krwotoku, kawałkami wydobywał z wewnętrznéj powierzchni macicy łatwo dający się wyłuszczyć guz ważący 5 do 6 kilogramów. Ściana macicy okazała się po stronie prawéj bardzo cienką. Krwi odeszło koło 400 gr. Badając jeszcze wnętrze macicy, natrafił H. na odklejone łożysko, które wydobył. Macica skurczyła się, ale dnem wyżéj pępka sięgała. Wystrzykano jamę 3% roztworem kwasu karb. Połóg bardzo pomyślny, bez podniesienia ciepłoty.

Był to mięśniak podśluzowy, który w czasie zapłodnienia mały, wśród ciąży urósł do wielkich rozmiarów.

Skąpe krwawienie wśród zabiegu wyłuszczenia naprowadziło autora na myśl, że kurcze mięśnia macicy zatkały naczynia krwionośne, co pociągnęło za sobą stan maceracyi nowotworu i ułatwiło przez to jego wydobycie, którego w innych warunkach ręcznie nie możnaby dokonać. *(Berl. kl. Woch.* 1892 Nr. 6.) *Dr. Wł. Harajewicz.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. z d. 4 maja 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 35. Jako goście, koll. Dr. Klemens Dębicki ze Lwowa, Dr. Mieczysław Głuchowski z Nowego Sącza.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) a) Prezes zawiadamia członków o korzystnym przebiegu sprawy zmiany statutu, wskazując na to, iż sprawę można uważać za załatwioną; b) podaje następnie do wiadomości, iż komisyja słownikowa ma niedługo odbyć decydujące posiedzenie.

3) Koll. Dr. Teofil Torczyński i Dr. Bronisław Kozłowski zostali na wniosek komitetu jednogłośnie wybrani członkami czynnymi Tow. lek.

4) Kol. prof. Pieniążek przedstawia chorego po wykonanej operacyi usunięcia nowotworu chrząstki nagłośniowej.

Celem usunięcia nowotworu użył prelegent zabiegu, który jest znany jako laryngotomia subhyoidea modo Malgaigne-Langenbeck kombinując takowy z laryngofissurą, którą to operacyę wykonywano dotychczas w tych przypadkach, gdzie górna część nagłośni była nowotworem zajęta. Chorego karmiono z początku sondą — potem jednak jadł już i pił bez zachłystywania się, co utwierdza prelegenta w przekonaniu, że nagłośnia nie jest koniecznie potrzebną do łykania o tyle, że stanowi ona tylko dodatkowy a raczej zapasowy wentyl pomocny dopiero wtedy, gdy prawdziwy mechanizm, t. j. więzadła prawdziwe i fałszywe, nie dopisze.

W dyskusyi omawia kol. Obaliński wskazania do téj operacyi i wynik jéj w niniejszym przypadku. Metoda ta upadła po wprowadzeniu lepszych a dzisiaj wskazana ona jest tylko przy nowotworach nagłośni, przy ciałach obcych nie ma racyi, gdyż ciało obce usadowione jest albo wyżej a wtedy operacyja jest nie potrzebna lub niżej a wtedy nie wystarcza, jak to miało miejsce w przypadku Bryka, gdzie wydobyto następnie ciało obce przez esofagotomię. Co do wyniku to można mimo niekorzystnych warunków dla operacyi nazwać go świetnym, gdyż chory pozbył się bólów i może bez zachłystywania się odżywiać.

5) Kol. prof. Jakubowski okazuje najnowszy przyrząd Soxhleta do wyjaławiania mleka przy sztucznem karmieniu dzieci. Prelegent omawia pokrótce dotychczasowe usiłowania i postępy nauki, dążące do tego, aby dostarczyć dziecku dobrego mleka

w tych przypadkach, gdzie pierś musi być zastąpiona mlekiem krowiem. Sposoby polegające na rozcieńczaniu mleka odpowiednio do wieku dziecka lub zastępowaniu mleka mięszanką śmietankową Biederta są niewystarczające, gdyż szkodliwość największą mleka stanowią mikroorganizmy, które dostawszy się z powietrza sprowadzają zwłaszcza w miesiącach cieplejszych fermentacye, działające szkodliwie na przewód pokarmowy dziecka. Tej szkodliwości zapobiegają przyrządy do wyjaławiania mleka, a najlepiej celowi odpowiada, a za tem najpraktyczniejszy jest najnowszy przyrząd Soxhleta. Zalety jego są następujące: mleko się nie zagęszcza, temperatura jest jednostajnie rozłożona, we flaszeczkach jest już porcya jednodniowa; wadę, iż około korka nagromadza się mleko przy gotowaniu usuwa najnowsze ulepszenie, polegające na zastósowaniu płytek gumowych. Opierając się na własnych spostrzeżeniach, czynionych w Szpitalu św. Ludwika uważa prelegent przyrząd ten za bardzo praktyczny a sposób wykonania łatwy — mleko we flaszeczce przez 2 dni wyjaławiane może być według zapewnień Soxhleta utrzymywane przez 4 miesiące w stanie niezmienionym. Wyniki badania bakteryjologicznego mleka sterylizowanego w tym przyrządzie w różnych okresach czasu przedstawia kol. Ponikło i okazuje sześć płyt żelatynowych po zmięszaniu z 1 lub 0·5 ccm. mleka. Płyta wylana z mlekiem sterylizowanem po upływie jednego i dwu tygodni jest zupełnie jałową, płyty żelatynowe z mlekiem po upływie dłuższego czasu wykazują po 2 kolonie mikroorganizmów nie rozpuszczających żelatyny; dla porównania zmieszano żelatynę z 1 kroplą mleka wziętego wprost z mleczarni, poczem ogromna ilość kolonij wyrosła.

W dyskusyi zabiera głos kol. Walentowicz i stwierdza na wstępie, że dla ocenienia sposobów uwolnienia mleka od szkodliwości ważną rzeczą jest uwzględnić, iż domieszki trujące mleka dają się podzielić na dwa działy, pierwszy stanowią trucizny w ścisłem znaczeniu, jak z mineralnych Arsen, Antymon, Ołów lub z roślinych Colchicyna, Belladona, Helleboryna i. t. p. Na te trucizny sterylizowanie nie ma żadnego wpływu. Drugi dział trujących domieszek stanowią mikroorganizmy Wąglika, Perlicy, Zarazy pyskowej i t. p. Mleko takie nie okazuje zmian ani w składzie fizycznym ani chemicznym a przeszczepione wywołuje Stomatitis aphtosa. Mówca zaznacza, że sterylizowanie w tych przypadkach może mieć racyę bytu ale tylko pod tym warunkiem, że jest uskutecznione zaraz po wydojeniu, tj. zanim się wytworzą odpowiednie toksyny, których przez sterylizowanie nie usuniemy. Przy perlicy jednak sterylizowanie nie wiele zdziała, gdyż nie zniszczy zarodników prątków tuberkulicznych; w tym więc razie ważną jest rzeczą badanie krów w kierunku perlicy. Wielkie w tym względzie usługi zaczyna oddawać w Niemczech tuberkulina Kocha, która wstrzyknięta zwierzętom perliczym wywołuje u nich reakcyę i wykazuje obecność zmian perliczych, których żadnemi innemi sposobami badania wykazać nie było można. W Saksonii 35% krów nie oddziaływało na wstrzyknięcie tuberkuliny.

Kol. Kryński jest za wykonywaniem sterylizacyi cząstkowej, radzi więc ogrzewać mleko do niższej ciepłoty aniżeli to ma miejsce w przyrządzie Soxhleta, ale kilka razy je powtórzyć. Taka sterylizacya cząstkowa jest bardzo skuteczną przy mikroorganizmach ropnych.

Kol. Surzycki uznaje praktyczność przyrządu Soxhleta, o czem zresztą mógł się przekonać u siebie w domu; wspomina o oborach wzorowych przez komisyę przemysłową Tow. lek. polecanych; co do perlicy powątpiewa, czy sterelizowanie nie usuwa w istocie jadu perliczego.

Kol. Opieński zwraca uwagę na tę okoliczność, że sterylizowanie ma na celu usunięcie nietylko mikroorganizmów chorobotwórczych przez kol. Walentowicza wymienionych, ale i licznych saprofytów z powietrza, które przez wytwarzanie fermentacyi mogą się stać źródłem chorób żołądka i kiszek u dziecka.

Kol. Walentowicz zastrzega się przeciw temu, jakoby był przeciwnikiem sterylizacyi, żąda tylko, aby ona była wykonywana zaraz po wydojeniu. Co do wątpliwości poruszonych przez kol. Surzyckiego wyjaśnia, iż Baum w Berlinie zebrał swoje spostrzeżenia wykazujące, iż mleko krów perliczych mimo sterylizowania było szkodliwe.

Kol. Ponikło zwraca uwagę, że toksalbuminy ciała białkowate w skład bakteryj wchodzące również przez sterylizawanie mogą być zniszczone, gdyż nie opierają się ciepłocie niższej jak 100° a wyższej jak 70°C. Mówca uważa przerywane sterylizowanie nawet przy perlicy za jedynie uzasadnione ze stanowiska umiejętności, ze względów jednak praktycznych jest sterelizowanie w przyrządzie najnowszym Soxhleta wystarczające.

Kol. prof. Jakubowski stwierdza że Soxhlet sam poleca, aby mleko takie 2 lub 3 razy gotowano; zaznacza również, że przyrząd ze względu na swą taniość i prostotę zasługuje na zupełne uznanie.

Kol. prof. Domański zwraca uwagę na to, że umiejętność musi się liczyć ze względami praktycznemi, gdyż zbyt wysokie wymagania hygieniczne mogą odnieść zły skutek, mianowicie ten, że ludność nic nie będzie robiła.

6) Koll. proff. Browicz i Obaliński okazują preparaty mikroskopowe nowotworu z przypadku prof. Obalinskiego wyjaśniając, iż nowotwór ten jest z wszelką pewnością mięsakiem.

7) Kol. Piątkowski zdał sprawę ze swoich dotychczasowych doświadczeń nad stósowaniem benzosolu w cukrówce, wykonywanych w klinice prof. Korczyńskiego. W 5 przypadkach cukrówki obniżył prelegent za pomocą tego środka ilość wydzielającego się cukru.

Kol. Surzycki stwierdza, iż doświadczeń jest jeszcze za mało, aby można z nich pewne wnioski wysnuć; zresztą spostrzeżenia prelegenta nie wykluczają tej możebności, że sama dyeta mięsna obniżyłaby do tego samego stopnia ilość cukru.

Kol. Piątkowski odpowiada, iż u chorego Golabergera stósował wyłącznie dyetę mięsną, która jednak nie odniosła żadnego skutku a ilość cukru zmniejszyła się dopiero po benzosolu.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

VI. II. Zjazd lekarzy powiatowych we Lwowie.

Napisał

Dr. Ferdynand Obtułowicz,

c. k. lekarz powiatowy we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 22).

Następnie protomedyk Dr. Merunowicz treściwie, a przecież wyczerpująco, przedstawił brak szpitali w naszym kraju, stawiając za przykład Bawaryję, która choć nieco mniejsza niż Galicyja, ma sześć razy więcéj szpitali i to szpitali mniejszych, mieszczących w sobie 10—50 łóżek. Wykazawszy korzyści z tak gęsto po kraju rozrzuconych szpitali, zachęcał prelegent zgromadzonych lekarzy powiatowych do użycia całego wpływu, aby w każdym zakątku kraju naszego stawiano szpitale, odpowiadające wymogom hygijeny, lecz z taniego materyjału, stosownie do zasobów pieniężnych, choćby drewniane, w których koszt jednego łóżka zaledwie 200 złr. w. a. wynosi, podczas gdy na jedno łóżko w szpitalach murowanych przypada blizko 8 razy większa kwota (1500 złr.).

I po tym odczycie wywiązała się nader ożywiona dyskusyja, która wykazała, że na dobrych chęciach w kraju naszym nie zbywa i że wkrótce może coraz to nowe szpitale, większe lub mniejsze, będą zaspokajały potrzeby biednéj ludności.

Największym szkopułem, o który zazwyczaj rozbijają się najlepsze chęci, bywa brak dostateczny funduszów i to nie tyle na budowę szpitalika lub przytuliska dla chorych, ile raczéj na utrzymanie chorych, którzy nie mogą opłacać taks szpitalnych. Pod tym względem znów zagranica może nam przyświecać dobrym przykładem, tam bowiem prócz dobrowolnych, a częstokroć hojnych ofiar, także opłaty wnoszone przez służbodawców, aby na przypadek choroby służba ich w szpitalikach doznawała odpowiedniéj opieki lekarskiéj, stanowią zazwyczaj podwalinę budżetu szpitalnego. I w kraju naszym subwencyje dawane rok rocznie przez Rady powiatowe, odstępowanie kar pieniężnych, jakie sądy przesyłają urzędom gminnym na ubogich miejscowych, a które zwykle bywają niepotrzebnie roztrwaniane, mogłyby stanowić pod

szczają chory ustrój i dopiero gdy narząd moczowy skutkiem innych czynników przestaje należycie funkcyjonować, powstają dalsze zmiany przez bakteryje wywołane.

Z własnych badań przytacza autor 4 przypadki następczego zapalenia nerek: 1) *pyelonephritis calculosa*, 2) *nephritis scarlatinosa*, 3) *nephritis* wikłająca dławcowe zapalenie płuc, 4) *nephritis* powstała w przebiegu zwykłéj *laryngitis catarrhalis*. W 1-ym i 2-im przypadku otrzymał autor z moczu krótkie laseczki z otoczką, niekiedy w dłuższe szeregi poukładane, a zaznacza tu tę okoliczność, że z chwilą ukazania się znacznéj ilości tych bakteryj w moczu ustąpiły objawy mocznicowe, z czego wnosi, że nagromadzone w ustroju, czy one same, czy też wytworzone przez nie trujące istoty wywoływały mocznicę. Daléj wspomina autor o przypadku skarlatynowego zapalenia nerek z zejściem śmiertelnem, gdzie do samego końca życia objawy mocznicy nie wystąpiły; badania bakteryjologicznego moczu w przypadku tym nie przedsiębrał, wnosi jednak, że nie wszystkie, może tylko pewien rodzaj bakteryj wywołuje mocznicę. — W przypadku 3-im badanie moczu nie wykryło obecności żadnych bakteryj; w 4-ym zauważył autor prócz małych, jakby prążkowanych laseczek, znajdujących się wewnątrz komórek przybłonkowych jeszcze drugi rodzaj znacznie dłuższych laseczników i luźne gromadki mikrokoków.

Podobnie i w naczyniach nerkowych znaleziono w *nephritis variolosa*, w zapaleniu nerek powstałem po durze, żółtéj febrze i wśród gośćca stawowego kilka gatunków bakteryj, zamykających zupełnie światło naczyń.

Do przypadków pierwotnego zapalenia nerek, opisanych przez Bambergera, Babesa, Ziemackiego i kilku innych, dodaje dwa własne spostrzeżenia, gdzie badanie wykazywało w moczu dużą ilość krótkich laseczek.

Na podstawie tych badań tłómaczą autorowie różne postacie i nasilenia sprawy chorobowéj w nerkach, zależnie od rodzaju bakteryj, które ją wywołują, od szybkości, z jaką się rozwijają i od mniejszéj lub większéj ilości tychże. I tak mogą one wywoływać cały szereg zmian w przybłonkach kanalików nerkowych i naczyń krwionośnych, począwszy od przekrwienia aż do zupełnego obumarcia i zniszczenia, a zatykając światło tychże wywołują bezmocz i mocznicę. (*Medycyna* Nr. 5—7, 1892). *Dr. L. Korczyński.*

Canon i Pielicke (Berlin): **Prątki odry.**

C. i P. donoszą, iż badając krew 14 chorych na odrę, znachodzili stale we wszystkich przypadkach prątki, które autorowie uważają za osobny rodzaj bakteryj, będących przyczyną odry. Wspomniane prątki mają znachodzić się we krwi chorych na odrę przez cały czas trwania gorączki, najliczniéj zjawiają się przed spadkiem podwyższonéj ciepłoty, więc około 6-go dnia, w jednym zaś przypadku znaleziono je jeszcze w 3 dni po przesileniu gorączki. Późniéj prątków nie znachodzono. Ugrupowanie mikroskopowe prątków odry nie przedstawia nic charakterystycznego. Występują bądź pojedynczo rozsiane, bądź w grupy (8—10) ułożone. Barwią się w przeciągu 5—20 g. przy 37° C. roztczynem eozyny z błękitem metylenowym na niebiesko (zgęszczonego roztczynu wodnego błękitu metylenowego 40 cz., 0·25% roztczynu alkoholowego 20 cz., wody przekroplonéj 40 części), a zabarwienie to jest bądź jednostajne, bądź też silniejsze na końcach prątka, podczas gdy część środkowa takowego zostaje jaśniejszą, niekiedy nawet barwią się tylko jéj brzegi, a sam środek jest bezbarwnym. Wielkość prątków nie jest stałą, bo gdy długość jednych równa się promieniowi ciałka czerwonego krwi, to inne występują w postaci diplokoków lub diplobacylów. Prócz postaci wymienionych widzieli autorowie prątki, znacznie długością swą promień czerwonego ciałka krwi przewyższające i te znachodzono tylko pod koniec gorączki, więc około 6-go dnia choroby. Ostatnie postacie wspomnianego prątka odry barwią się o tyle od innych odmiennie, że okazują miejsca zabarwione naprzemian z bezbarwnemi. Szczepienie prątków na agar glicerynowy, surowicę krwi i mleko (niewieście) dokonane przez przeniesienie kilku kropel krwi próbnéj na jednę z wymienionych pożywek, dało wyniki ujemne; natomiast zdołali C. i P. w trzech przypadkach otrzymać czyste hodowle na bulionie. Bulion w pierwszych dniach pozostawał czystym, późniéj lekko mętniał, a w ten sposób wyhodowane prątki równały się bakteryjom w próbach krwi obserwowanym, przyczem miały okazywać ślady ruchów własnych. Wtórorzędne szczepienia pozostawały bez skutku. Tak więc prątki C. i P., które prócz we krwi mają znachodzić się także w wydzielinie nosa i spojówki dotkniętych chorobą, różnią się od opisywanych dotychczas bakteryj w przebiegu odry, przypominają natomiast formę obserwowaną przez Babesa we krwi również z tą różnicą, że Babes znachodził tylko koki (*microbes rond*). (*Berl. kl. Wschrft.* 1892 Nr. 16). *Dr. St. Kwiatkowski.*

Chirurgija.

Renaud (Paryż): **Nowy przyrząd do narkozy chloroformowéj.**

R. doświadczywszy niedogodności najprostszych przyrządów do narkozy chloroformowéj służących, tj. zwykłéj trąbki (*le cornet*) lub kompresu zwilżanych kroplami chloroformu, ulepszył przyrząd swego nauczyciela M. Rediera z Lille. Rozchodziło się tu głównie o umożliwienie ścisłego dozowania i obliczenia zużytéj ilości chloroformu. Przyrząd składa się ze zbiornika na chloroform i z urządzenia dozwalającego lekarzowi regulowanie dowolne ilości spływającego na zwykłą maskę chloroformu. R. nie tai jednak obawy, że i jego przyrząd znajdzie mało uznania ze względu na prostotę i poręczność zwykle używanego sposobu. (*Gaz. médic. de Paris.* 1892. Nr. 11.) *Dr. Wachholz.*

Choroby oczne.

L. Caspar: **O złośliwych nowotworach natury przybłonkowéj rąbka spojówkowego.**

Wśród złośliwych nowotworów rąbka spojówkowego rozróżniamy dwa rodzaje: nowotwory barwikowe i bez barwiku. Z pierwszych częstszym jest *melano sarcoma*, rzadszem *melano-carcinoma*. W obu razach wcześnie wykonane wyłuszczenie oka daje rękojmię zupełnego wyleczenia podczas gdy po usunięciu tylko samego nowotworu prawie zawsze przychodzi do recydywy. Z pomiędzy złośliwych nowotworów nie barwikowych spotykamy chociaż rzadko na rąbku spojówkowym *papilloma* i *carcinoma*. Jakkolwiek oba te rodzaje mają pewne cechy wspólne, jak np. występowanie w wieku późniéjszym (chociaż nie bez wyjątków) i naturę złośliwą, to i tak a mianowicie pod tym ostatnim względem występuje między niemi wybitna różnica. I tak, podczas gdy *papilloma* ma więcéj skłonności do miejscowych recydyw, *carcinoma* daleko częściéj uogólnia się w ustroju przez przerzuty. Najwybitniéj jednak różnią się od siebie pod względem anatomo-patologicznym. *Papilloma* ma budowę brodawk złożonéj, jak to widzieć można na przekroju pionowym z unaczynionych czopków tkanki łącznéj (*Bindegewebszapfen*), kilku warstwami komórek przybłonkowych pokrytych, z utkania rąbka spojówkowego wyrastających. Brodawki te oddzielone są od siebie dość głębokiemi bruzdami. Podstawę nowotworu stanowi wiotkie, unaczynione podścielisko łącznotkankowe, zlewające się bezpośrednio z tkanką przyczepiającą spojówkę do granicy twardówkowo-rogówkowéj i co najważniejsza, że nigdzie nie wnikają wgłąb bujające czopki przybłonkowe. Klinicznie przedstawia *papilloma* szaro czerwonawe ciało obficie unaczynione, nieco przeświecające płaskie, o powierzchni ziarnistéj, które wychodzi z *limbus* i głównie na rogówce się rozprzestrzenia. W przeciwnym kierunku poza *limbus* nie sięga daleko, gubiąc się zazwyczaj bez wyraźnéj granicy w spojówce gałkowéj. O ile nie okazuje nowotwór ten tendencyi do szerzenia się w głąb gałki, o tyle nawet po najdokładniejszem wyłuszczeniu, połączonem z wypaleniem dna rany, prawie zawsze w tem samem miejscu powraca. Jakkolwiek *papilloma* w początkowym okresie rozwoju może okazywać niejakie podobieństwo do pryszczyka w *conjunctivitis phlyctänulosa*, to już kilkodniowa obserwacyja do odróżnienia wystarczy. Twory zaś powstające w zapaleniu wiosennem rąbka spojówkowego (*conj. vernalis*), za które *papilloma* początkujące możnaby

uważać, odróżniają się gładką powierzchnią, charakterystycznemi zmianami na spojówce powiekowéj oraz obustronnem i symetrycznem występowaniem.

Punktem wyjścia raka rąbka spojówkowego jest przybłonek *limbi*, który nierzadko już w prawidłowych stosunkach wysyła w głąb wypustki. Anatomicznie składa się z siatki tkanki łącznéj, któréj oba wypełnione są dużemi komórkami przybłonkowemi, tworzącemi twory cebulaste i często w środku takiego czopka zrogowaciałemi. Nowotwór szerzy się we wszystkich kierunkach, przeważnie na powierzchni twardówki ku równikowi gałki, przerasta spojówkę i *capsula Tenoni*, a przebiwszy się na granicy między rogówką a twardówką, dostaje się do wnętrza oka, przechodzi na ciałko rzęskowe, tęczówkę i t. d.; wnika też, lubo rzadziéj, między pojedyncze warstwy rogówki. Jakkolwiek *carcinoma* na *limbus* o wiele rzadziéj występuje niż *papilloma*, to rozpoznanie li tylko z objawów klinicznych bez pomocy mikroskopu może nastręczać pewne trudności, ale tylko w początkowym okresie. Późniéj rozpoznanie o wiele jest łatwiejszem, gdyż *carcinoma* w przeciwieństwie do *papilloma* przedstawia się jako ciało kuliste, silniéj wystające, szerzy się raczéj na twardówkę niż rogówkę, powierzchnię ma gładką, dopóki pokrywająca go spojówka nie ulegnie owrzodzeniu, w tym bowiem razie spojówki już odróżnić nie można, a po usunięciu mas nekrotycznych sp strzega się siatkę delikatną szarych włókien, w któréj przestworach wyraźnie można czopki rakowate rozpoznać. Także bóle, których brak w obec *papilloma*, są tu bardzo silne. Rak nadto rośnie szybko i sprowadza przerzuty. Że nowotwór przebił się do wnętrza gałki, każe się tego nieraz ograniczone wypuklenie tęczówki domyślać, czasami uda się nawet brzeg nowotworu spostrzedz w przedniéj komórce lub poza tęczówką.

Leczenie *pupilloma malignum* polega na jak najwcześniejszem odcięciu z następowem wypaleniem całéj podstawy nowotworu, a jakkolwiek nie chroni to od recydywy, to jednak przez ponowne operacyje dadzą się one wreszcie powstrzymać. Przeciwnie *carcinoma* wymaga wyłuszczenia gałki, chociażby jeszcze nowotwór do wnętrza nie przebił rię i wzrok był utrzymany, bo wszelkie próby usunięcia raka samego z oszczędzeniem oka mogą stać się niebezpiecznemi ze względu na recydywy, które wreszcie i tak zmuszą do tego zabiegu.

Na zakończenie przytacza autor nader charakterystyczny przypadek raka rąbka spojówkowego, obserwowany i wyleczony przez wyłuszczenie gałki ocznéj w klinice okulistycznéj w Bonn. (*Arch. f. Augenheilk.* 1892. *B. XXIV. H.* 3.). *Dr. Langie.*

Choroby kobiece.

Heitzmann: **O pękaniu błony śluzowéj pęcherza moczowego u kobiet.**

Jedna z ważnych przyczyn nieżytu pęcherza u kobiet jest *cystocele* wywołana przez częściowe wypadnięcie przedniéj ściany pochwy. W tem zagłębieniu woreczkowem gromadzi się mocz stale a ponieważ pęcherz w stanie tym traci sprężystość, ilość ta nie zostaje na zewnątrz wydaloną, a rozkładając się staje się powodem nieżytu. Nieżyt ten nie przybiera cechy ostrego, albowiem przyczyna powoli się wytwarza, błona śluzowa jednakowoż przechodzi wszystkie fazy zmian, jakie nieżytowi pęcherza są właściwe. Z powodu utraty częściowéj przybłonka przychodzi do pęknięć błony śluzowéj. W fisurach tych tworzą się inkrustacye kryształków moczowych, które podtrzymują drażnienie wywołując miejscowe i ogólne objawy: Silne parcie na mocz, bóle kłujące i skrzepy krwi w moczu, spółkowanie bolesne. Badanie palcem przez pochwę wykazuje bolesność niektórych punktów ściany przedniéj. Do ogólnych objawów zaliczyć należy osłabienie, często dreszczyki i podrażnienie całego układu nerwowego. Zupełnie pewne rozpoznanie oprzeć można tylko na badaniu za pomocą endoskopu. Endoskopowanie cewki i pęcherza u kobiet jest rękoczynem łatwym. W obrazie wziernikowym wspomniane fisury przedstawiają się jako linije ciemno czerwone. Jeżeli dotknięcie linii takiéj endoskopem sprawia silny ból, to można być pewnym rozpoznania. Pod względem etyologicznym przypuszczać należy, że i zakażenie tryprowe, jakoteż uraz w postaci nieumiejętnie i niezgrabnie wprowadzonych kateterów a nawet krążków, mogą fisury takie sprowadzić. Pierwszym warunkiem leczniczym jest usunięcie wypuklenia pochwy za pomocą stosownego krążka. Następnie przystępujemy do leczenia pęcherza przestrzykiwaniami, a kiedy pęcherz stał się mniej czuły, wtedy leczymy fisury miejscowe w ten sposób, iż palcem ręki lewej wyszukujemy punkt bolesny w przedniéj ścianie pochwy, a ręką prawą przez cewkę wprowadzamy szczypczyki opatrzone tamponikiem waty w rozczynie siarkanu cynkowego lub azotanu srebrowego zamaczanéj. Szczypczyki kierujemy ku miejscu bolesnemu, które tamponikiem nabieramy. Kilkorazowe takie tuszowanie wystarcza do wyleczenia fisury. (*Ctrbl. f. d. g. Th.* Luty 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby skórne i weneryczne.

Harmsen: **Przyczynek do rozpoznawania kiły w mózgu.**

Brak licznych kazuistycznych spostrzeżeń, na co szczególnie Naunyn zwrócił uwagę, ze względu na rokowanie kiły w mózgu, skłonił Harmsena do ogłoszenia dziewięciu przypadków, które obserwowano przez 1—2 lat w klinice chorób nerwowych w Charité. Główne przypady w przeważającéj liczbie, polegały na bólu głowy, wymiotach i zawrocie głowy; w niektórych przypadkach występowały porażenia nerwu twarzowego i okoruchowego, bezmowność i porażenie połowicze. W jednym przypadku pojawiły się, po kilkoletniem zakażeniu, pragnienie nadmierne i moczówka po których wkrótce ciężkie objawy mózgowe wystąpiły. W innym przypadku zastanawiało to, że już w dwa lata po zakażeniu kiłowem, oprócz bólów w krzyżach, stawach i w głowie, pojawiły się zaburzenia umysłowe i wymioty. Prawie wszyscy chorzy odzyskali zdrowie po przeprowadzenin dokładnego, przeciwkiłowego leczenia; najwyraźniejszy skutek okazał się w tym przypadku, w którym chory nigdy przedtem nie przebywał leczenia rtęciowego. Wypada zwrócić baczną uwagę i na tę okoliczność, iż często chwilowe zboczenie w oddziaływaniu źrenicy, może być pierwszym i jedynym cennym objawem kiły w mózgu, jak o tem już dawniéj Oppenheim wspominał. (*Arch. f. Dermat. und Syph.* 1892). *Dr. Skobel.*

Dr. Joseph (Berlin) **Przypadek Hypertrichosis u dziecka.**

Przypadek tyczy się dziecka, które od 1½ roku pozostaje pod opieką autora. Dziecko nadzwyczaj silnie rozwinięte, porost głowy bujny nadmiernie (10—12 ctm.). Szyja, grzbiet, piersi, większa część lewego ramienia, mniejsza prawego przedramienia zajęta pokładem czarnego barwika o bujnym poroście włosa (*Naevus piliferus pigmentosus*), na reszcie ciała liczne rozsiane małe wysepki barwikowe włosem porosłe. Miejsca te ograniczają się ostro od skóry prawidłowéj. Kierunek włosów odpowiadał linijom Esricht Voigta, t. j. linijom oznaczającym kierunek włókien skóry, a za tem jest ten sam co drobnych włosów na skórze prawidłowéj. Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka okazało, że pokład komórek barwikowych znajdował się w *rete Malpighi*. Naczynia były zupełnie prawidłowe, a otoczenia ich wolne od złogów barwikowych. Właściwa warstwa skóry była zasiana dużemi komórkami wrzecionowatemi o wielkich jądrach i czyniła wrażenie utkania mięsakowego. Tego nacieku komórkowego nie znajdujemy według Demiérilla w przypadkach *Hypertrichosis* bez barwika. Leczenie w obec tak szeroko rozpostartéj zmiany jest prawie niemożebne, autor jednak postanowił ze względów kosmetycznych uwolnić przynajmniéj twarz od kilku ognisk barwikowych i w tym celu niszczył je za pomocą elektrolizy. Leczenie postępuje bardzo powoli i jest bolesne. Udało się jednak barwik zniszczyć, a na miejsce jego powstały liczne ale drobne blizenki. (*Brl. kl. Wschft.* Nr. 8, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Położnictwo.

Hüter (Marburg): **Mięśniak macicy jako przeszkoda w porodzie.**

Na dowód rzadkości tych przypadków przytacza H. statystykę Süsserotta, który do r. 1870 zebrał 147 przypadków podobnych, podczas gdy Stratz do 1880 jeszcze 24

krztuszenia szukać należy albo w zwiększonéj pobudliwości do kaszlu lub założeniu mniejszéj rurki aniżeli odpowiada wiekowi dziecka, wreszcie (Escherich[1]) w zwiększeniu się światła tchawicy, gdy obrzęk błony śluzowéj się zmniejszy a błony się oddzielą. Wykrztuszanie takie u jednego i tego samego dziecka zdarzyć się może i kilka razy na dobę i o tyle jest nieprzyjemnem powikłaniem, że wymaga obecności lekarza umiejącego tubus wprowadzić. Zbyt częste wykrztuszanie rurki uważają niektórzy, jeżeli założenie następnego grubszego Nru nie zapobieże temu, jako wskazanie do następowéj tracheotomii (Ranke, Wiederhofer).

2) Połknięcie rurki, jeżeli ma się zapas odpowiedni, nie ma żadnego znaczenia, gdyż ta po dniach paru przechodzi przez przewód pokarmowy (Ranke 3 razy, Wiederhofer 2, Gottfried 2), a zdarzyć się może albo po nieumiejętnem wprowadzeniu do połyku i przedwczesnem usunięciu nitki (2 przypadki Gottfrieda[2])) lub też po wykrztuszeniu. U nas, mimo iż wykrztuszanie zdarzało się kilkanaście razy, téj komplikacyi nigdy nie było.

3) Ze zdaniem Rankego, jakoby po wybraniu wiekowi odpowiedniéj rurki, ta do tchawicy wpaść nie mogła, zgodzić się nie mogę. W jednym naszym przypadku, wprawdzie dotyczy to choréj metodą tą leczonéj z powodu zwężenia tchawicy potracheotomijnego, wpadł tubus przeznaczony dla dziecka 12 letniego, a założony u 7-letniego. Rzecz tę również opisuje Wiederhofer u dziecka 19 miesięcy liczącego, które miało założony Nr. 6 tubusa. W przypadku takim tylko natychmiastowa tracheotomija coś pomódz jest w stanie.

4) Jednym z głównych zarzutów wreszcie, które przeciwnicy intubacyi podnoszą, jest utrudnione karmienie dzieci skutkiem zachłystywania się, a tem samem możliwość rozwinięcia się zapalenia płuc zachłystowego. Utrudnienie karmienia istnieje zazwyczaj tylko przy założonym tubusie, a z chwilą wyjęcia tegoż w zupełności ustaje. W dwóch naszych przypadkach, dotyczących dzieci poniżéj 2 lat, utrzymywało się jednak, choć w znacznie mniejszym stopniu, jeszcze dni kilka po ostatecznem wyjęciu rurki. Aby temu zapobiedz polecają podawanie dzieciom tylko gęstych pokarmów, karmienie sondą lub lewatywami, karmienie tylko w międzyczasie, gdy rurka jest wyjętą. O'Dwyer radzi dzieciom pić szybko, wstrzymując się od kaszlu, a dopiero po skończonem piciu wykrztusić płyn, który się dostał do tchawicy. Waxham opatrzył tubusy sztuczną nakrywką głosową, rzecz, która okazała się niepraktyczną, a obecnie poleca karmić dzieci ze zwieszoną w tył głową. Jeżeli jednak zachłystywanie prawie u każdego dziecka intubowanego zdarza się, to bardzo rzadko tylko dochodzi do tego stopnia, aby aż do sztucznych sposobów karmienia uciekać się należało. Uderzającem przytem jest, że właśnie przy pierwszych próbach intubacyi było ono większem niż przy następnych, więc z większą wprawą wykonywanych. Wreszcie w intubacyjach z innego powodu wykonanych, 3 przypadki Rankego, 4 Muralla, nasze 2 (z powodu zwężenia krtani po tracheotomii), nigdy trudności przy piciu nie było. Istnieje tu pewna analogija do zakrztuszania się dzieci tracheotomowanych w pierwszych dniach 8.

Jak w tracheotomii tak i w intubacyi przyczyn zachłystywania szukać należy nie w porażeniach dyfterytycznych, gdyż te znacznie później występują, lecz w bezpośredniéj alteracyi mięśni połykowych i zamykających głośnię, w tracheotomii sprowadzonych przez sprawę dyfterytyczną, w intubacyi obok dyfteryi przez samo wprowadzenie tubusa. To tylko tłómaczyć może znaczne utrudnienie jedzenia w pierwszych intubacyjach, gdy w późniejszych szybciéj i zręczniéj robionych, gdy więc i alteracyja mniejszą była, zbytniego utrudnienia niema. Nie tubus więc wywołuje zachłystywanie się, lecz niedostateczna funkcyja mięśni, częścią samą chorobą, częścią zaś rękoczynem wywołana. Jeżeli jednak zachłystywanie się ma miejsce, to zachodzi istotna obawa częstego powstawania zapaleń płuc zachłystowych. Tymczasem przeglądając sprawozdania różnych autorów, nigdzie z tą formą zapalenia nie spotykamy się, a jeden przypadek Thierscha, o którym wspomina Ganghofner, gdzie obok zapalenia płuc znaleziono ognisko zgorzelinowe, dotyczący dziecka po intubacyi tracheotomowanego, gdzie rana uległa zakażeniu dyfterytycznemu z następowym rozpadem tejże, snadniéj aspirowaniu cząstek z rany przypisaćby można.

Escherich wspomina, że nawet cząstek pokarmu nie dało się nigdy odnaleść przy sekcyi w drogach oddechowych, a toż samo potwierdzają i spostrzeżenia w naszéj klinice robione, gdzie tylko w kilku pierwszych przypadkach ze znacznem utrudnieniem przy jedzeniu uciekałem się do karmienia sondą. Obecnie postępujemy w ten sposób, że dziecko karmi się pokarmami gęstszemi i to tylko 3–4 razy na dobę, polecając po każdem jedzeniu natychmiastową inhalacyję dla wykrztuszenia cząstek, któreby do oskrzeli wpaść mogły, zresztą korzystamy też i z międzyczasu po wyjęciu tubusa.

Natomiast ogniskowe lub płatowe zapalenie płuc, jak wreszcie krupowe zapalenie oskrzeli, zdarzają się po intubacyi często, podobnie jak to ma miejsce i po tracheotomii.

Jaki jest jednak stosunek zapaleń płuc po intubacyi i tracheotomii, czy po pierwszéj częściéj się zdarzają i w jakim stosunku stoi intubacyja do tego powikłania, kwestyja ta, mimo poruszenia jéj na obu kongresach lekarzy niemieckich, dotychczas nie jest załatwioną, a różni autorowie różne zdania w téj sprawie wypowiadają.

O'Dwyer sam nie widzi częstszych zapaleń płuc po intubacyi niż po tracheotomi; Wiederhofer, który w rozprawie swojéj[1]) obszerniéj się tą sprawą zajmuje, mimo że zapalenie płuc często po intubacyi spotykał, pozostawia rozstrzygnięcie téj kwestyi dalszym spostrzeżeniom, choć zaraz w drugiem miejscu każe w jak najkrótszym czasie tubus wyjmować jeżeli nie stale, to na kilka godzin, wyrażając obawę, że światło rurki nie jest przecie wystarczającem dla wentylacyi płuc, a nagromadzony z powodu niedostatecznéj wymiany gazów kwas węglowy w płucach, może być powodem do następowych zapaleń ogniskowych. Ranke zdając w roku zeszłym sprawę ze znacznéj ilości przypadków intubacyi i tracheotomii, nie widzi żadnéj wybitniejszéj różnicy między oboma zabiegami ze względu na następowe zapalenia płuc i oskrzeli.

Escherich[2]) zaś przypisuje występowanie ogniskowych zapaleń płuc po intubacyi nie zachłystywaniu się pokarmami, lecz raczéj niedostatecznemu wykrztuszaniu błon i śluzu z powodu zbyt małego światła tubusa. Zatrzymana w oskrze

[1]) *Wiener klin. Wschrft.* 1891, 7—8. — [2]) *Therapeut. Monatshefte*, 1891.

[1]) *O'Dwyers Intubation und die Tracheotomie bei der diphtheritische Larynxstonose.* — [2]) *Wien. klin. Wochschrft.* 1891, 7—8.

lach wydzielina, opadając ku częściom płuc niżéj położonym, zatyka drobne rozgałęzienia tychże, wywołuje niedodmę płucną, a w ogniskach tych rozwija się następowo proces zapalny. Na podstawie sekcyj zmarłych w klinice naszéj, jak to później szczegółowo wykażę, również nie widać związku między zapaleniem płuc następowem a obu zabiegami, a jeżli w roku bieżącym, na który przypada nasz okres intubacyj, sprawy zapalne o wiele częściéj występowały, snadniéj przypisaćby to można złośliwości epidemii.

Ostatnią wreszcie ujemną stroną intubacyi jest możność powstania odleżyny w tych miejscach, gdzie tubus do ścian tchawicy przylega. Dwa są miejsca, w których odleżyna najczęściej występuje, a to przednia powierzchnia tchawicy odpowiednio do dolnego końca rurki, powtóre wewnętrzna powierzchnia chrząstki pierścieniowéj, wyjątkowo zaś tylko na więzadłach prawdziwych i fałszywych, między którémi tubus spoczywa. Stopień odleżyny bywa różnym, od ubytków drobnych powierzchownych bez żadnego znaczenia aż do owrzodzeń głębszych, nawet do obumarcia chrząstek i przedziurawienia przedniéj ściany tchawicy prowadzących. Odleżyny te powstają nie przez ucisk, lecz skutkiem tarcia jakie rurka przy ruchach połykowych, kaszlu, na błonę śluzową dotkniętą sprawą zapalną wywiera.

Najsmutniejsze doświadczenia w tym kierunku ogłasza prof. Wiederhofer, który na 13 sekcyj dzieci intubowanych widział 3 przypadki lekkiéj odleżyny, 4 ciężkiéj z obnażeniem chrząstek, 2 zaś ze zniszczeniem i obumarcie na tychże, z tego 5 dzieci poniżéj 2 lat, jedno zaś 5-letnie, ale operowane z powodu krupu następowego po odrze. Prócz tego opisuje 2 przypadki po intubacyi bliznowatego zwężenia krtani, u których następowa tracheotomija wykonaną być musiała. Ranke widział nieraz powierzchowne odleżyny bez większego znaczenia, 2 razy zaś ciężkie u dzieci poniżéj 2 lat, z których jedno przebywało równocześnie płonicę i zapalenie płuc a tubus pozostawał 11 dni, drugie tylko z zapaleniem płuc po 5-dniowéj intubacyi, z czego wnosi, że wiek zbyt młody i powikłania szczególniéj usposabiają do odleżyn, zmniejszając odporność organizmu. Toż samo zdanie wypowiada Ganghofner mówiąc o powikłaniach krupu z odrą i płonicą i przytaczając własne 4 przypadki ciężkiéj odleżyny, przyczem radzi możliwie szybko, bo już po 24 godzinach, choćby tylko chwilowo rurkę wyjmować. Rheu i Graser o sprawie téj nie wspominają, Guyer twierdzi, że odleżyn nigdy nie widział. Schwalbe[1]) na 9 sekcyj spotkał się z odleżyną 5 razy, Baginsky raz z ograniczonym powierzchownym ubytkiem, Thiersch często, lecz były to tylko powierzchowne nadżerki. Lekarze amerykańscy do sprawy téj nie przywięzują żadnéj wagi, a Northrup na 103 sekcyj w ostatnich intubacyjach przez O'Dwyera wykonanych, ani razu nie znalazł odleżyny. Również korzystnie przedstawia sprawę tę Ranke, referując o 365 intubacyjach w ostatnich 12 miesiącach wykonanych, przytaczając tylko 11 przypadków odleżyny i to przeważnie lekkiéj, a polepszenie to przypisuje zaokrągleniu dolnego końca rurki, którą to modyfikacyję niedawno O'Dwyer wprowadził.

O ile rozpoznanie odleżyny za życia przy tracheotomii jest łatwem, o tyle przy intubacyi zaledwo domyślać się jéj możemy, a są to te przypadki, gdzie mimo, iż sprawa dyfterytyczna dawno ustąpiła, po wyjęciu tubusa duszność się utrzymuje, a występowanie jéj tłómaczy Ranke drogą odruchu, przez drażnienie owrzodzeń prądem powietrza.

Przy powstawaniu odleżyny główną rolę odgrywają więc wiek zbyt wczesny dziecka, przypadkowe choroby dławiec komplikujące, wreszcie nie obojętnym jest i stopień zakażenia błonicowego, gdyż i ten odporność tkanin zmniejsza. Jeżeli późniéj, gdy uda się wynaleźć wskazania, przypadki te z zakresu zabiegu tego wykluczone zostaną, to dziś aby uniknąć odleżyny, musimy się starać usuwać jak najszybciéj przyczynę wywołującą, wyjmując tubus.

Wiederhofer i inni radzą dlatego usunięcia rurki już po 24 godzinach, a pierwszy poleca powtarzać to codziennie aż do ostatecznego usunięcia. Zwykle już w pierwszym dniu chorzy po wyjęciu mogą $^1/_2$—$1^1/_2$ godziny bez rurki oddychać, a obok oswobodzenia błony śluzowéj od ucisku ma to i tę dobrą stronę, że dziecko w czasie tym nakarmionem być może. Jeżeli wreszcie w 10 dniu rurka ostatecznie usuniętą być nie może, poleca Ranke następową tracheotomiję, Escherich za czas ten skraca do połowy.

Postępowanie nasze jest nieco odmienne, bo pierwszą extubacyję wykonywamy dopiero po 2 dniach, gdy więc są widoki wyjęcia rurki, jeżeli nie na zawsze, to na czas dłuższy, następnie co 24 godzin, aż do zupełnego usunięcia tejże. Ostatecznego terminu co do wykonania następowéj tracheotomii oznaczyć nie mogę, a wykonywałem ją w 8—11 dniach po pierwszéj intubacyi. Zbyt częste extubowanie uważam za nieodpowiednie, gdyż męczy się bardzo chorego, zresztą zachodzi obawa obrażenia tchawicy samym zabiegiem.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

St. Radziszewski: **Bakteryjologiczne prace Cornila i Babesa na polu etyjologii zapaleń nerek, oraz szereg własnych spostrzeżeń dotyczących zapaleń tego narządu.**

Na podstawie badań bakteryjologicznych, swoich własnych i dwóch w tytule wymienionych badaczy, stara się autor rozświetlić kwestyję zapalenia nerek, o ile w niem biorą udział drobnoustroje.

Zapalenia nerek dzielą Cornil i Babes na pierwotne, występujące samoistnie i następcze, powstałe w przebiegu różnorodnych chorób zakaźnych, gdzie zarazek drogą naczyń dostał się do nerek, wliczając do tego ostatniego działu *nephritis ascendens*, jako następstwo chorób pierwszych dróg moczowych, głównie pęcherza i miedniczek nerkowych. Odnośnie do tego drugiego działu badania bakteryjologiczne moczu wykryły całe szeregi drobnoustrojów. Z tych niektóre są identyczne z bakteryjami wywołującemi pierwotną chorobę, jak n. p. w ropnicy, posocznicy, ospie, zapaleniu szpiku kostnego, inne znów nie pozostają w żadnym związku z chorobą pierwotną, n. p. w przypadkach zapaleń nerek wśród duru, cholery, róży i t. d. *Nephritis ascendens* ma zawdzięczać według Klebsa swoje powstanie „bakteryi wydłużonéj". Nie wszystkie z tych drobnoustrojów odznaczają się jednaką zdolnością chorobotwórczą i wprowadzone celem doświadczeń do ustroju zwierzęcego, wywolują zmiany niestałe, a i na sam narząd moczowy, jakkolwiek z niego wyszły, dopiero wśród pewnych warunków wpływ swój szkodliwy wywierać są zdolne, n. p. u zwierząt dopiero po podwiązaniu moczowodów powstaje zapalenie pęcherza lub nerek, zależnie od tego, gdzie wprowadzono chorobotwórcze drobnoustroje.

To też i w przebiegu chorób zakaźnych nie spotykamy się tak często z następowem zapaleniem nerek, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że przez ten organ bakteryje opu-

[1]) *Berl. klin. Wschrft.* 1891.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. **W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.**